

---

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180228539**

Vitima: **ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

Data do Acidente: **20/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180228539**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneldário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneldário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneldário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneldário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneldário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Barro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

*Eduardo Müller -*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*13 ABR. 2019*  
PROTÓCOLO \*  
AG. JOÃO PESSOA



13 ABR. 2013  
PROTOCOLO \*  
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

225557574-43

Nome completo da vítima

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELINALDO MIGUEL DA SILVA	CPF/titular da conta 225557574-43	Profissão AUXILIAR DE SERVIÇO
Endereço Floripa Sacis Monteiro	Número 38	Complemento
Bairro ALTIPARANÁ CABO BRANCO	Cidade SC - POLEIRO	Estado Paraná
Email:		CEP 58046260
		Telefone (DDD) 83 386613863

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nº _____	
AGÊNCIA Nº: 0904	DIV: _____	AGÊNCIA Nº: _____	DIV: _____
CONTA Nº: 00086750	DIV: 7	CONTA Nº: _____	DIV: _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

800 Pessoas, 05 de Abril de 2018

Local e Data

I CÓPIA PEV CEU DE E1 REVISTADO 5/1

Elinaldo Miguel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

26 ABR. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

225557574-43

Nome completo da vítima

ELIANO MIGUEL DA SILVA

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELIANO MIGUEL DA SILVA	CPF titular da conta 225557574-43	Profissão AUXILIAR DE SERVIÇO
Endereço ELIANO MIGUEL SALGOS MONTEIRO	Número 38	Complemento
Bairro ALTOS CABO BRANCO	Idade 32 ANOS	Estado Paraíba
Email		CEP 58046260
		Telefone (DDD) 83 386613803

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

 RECUZO INFORMAR  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 SEM RENDA.  
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00  
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA N°  
0304  
(Informar dígito se existir)

DV

CONTA N°  
00086750  
(Informar dígito se existir)

DV

BANCO  
Nome

Nome	DV
------	----

Nº

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

890 Pessoas, 05 de Abril de 2018

Local e Data

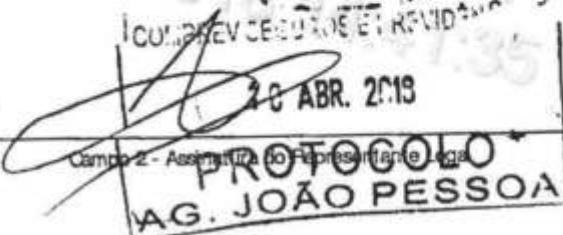
17/05/2018 14:49:35

Eliano Miguel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

20 ABR. 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

  
**PROTÓCOLO**  
**A.G. JOÃO PESSOA**

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00651.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00651.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:47 horas do dia 05 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Elinaldo Miguel da Silva**, CPF nº 225.557.574-49, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços, filho(a) de Maria das Meseés Ferreira e Antonio Miguel da Silva, natural de João Pessoa PB, nascido(a) em 10/01/1958 (60 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Henrique Sales Monteiro, Nº 38, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Mercearia do Matuto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98889-6255.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 008, Próximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/10/17 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA OX06464/PB, CHASSI 9C2KC1650ER022856, registrada em nome do noticiante, quando o pneu traseiro estourou fazendo com que o noticiante perdesse o controle e caisse ao solo lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 09.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
Noticiante

10 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00651.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00651.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:47 horas do dia 05 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Elinaldo Miguel da Silva, CPF nº 225.557.574-49, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços, filho(a) de Maria das Mercês Ferreira e Antônio Miguel da Silva, natural de João Pessoa PB, nascido(a) em 10/01/1958 (60 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Henrique Sales Monteiro, Nº 38, bairro Amapá, Cabo Branco, tendo como ponto de referência Mercearia do Matuto, na cidade de João Pessoa/PB, telefones para contato (83) 98889-6255.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Pb 008, Próximo Ao Centro de Convenções, João Pessoa PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 20/10/17 22:00h; Tipificação: em tese, capitulada nos) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOQUELÉTA HONDA CG 150 TITAN ESD. VERMELHA, 2014/2014, PLACA OX06464-PB, CHASSI 9C2KC1650ER022856, registrada em nome do noticiante, quando o pneu traseiro estourou fazendo com que o noticiante perdesse o controle e caisse ao solo lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 09/03/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
Noticiante

13 APR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").




#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____ de _____	Local e Data
13 ABR, 2013	
PROTOCOLO → FAG. JOÃO PESSOA	

*Eduardo Moraes da Silva*  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

<input type="text"/> Nome completo do Representante Legal	<input type="text"/> CPF do Representante legal
<input type="text"/> Email	<input type="text"/> Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

13 ABR. 2013

PROTOCOLO  
FAG. JOAO PESSOA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1035758

**Identificação do paciente**

ID 1076023	Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59 anos 9 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARIA DAS MESCES FERREIRA		Pai ANTONIO MIGUEL DA SILVA
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) EKISSON MIGUEL SSANTOS DA SILVA - FILHO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988000963	DDD Fixo 00
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 477510	Fone Fixo 00000000
Local de procedência: ALTIPLANO		Nº Cns 705009255831157
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBOF Comerciante atacadista

**Endereço**

CEP 58046260	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro HENRIQUE SALES MONTEIRO
Número 38	Complemento		Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO

**Admissão**

Data e Hora 20/10/2017 23:17:01	Número da pulseira <b>100005993139</b>	Convênio SUS
------------------------------------	---	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA \_\_\_\_\_ mmHg      Pulen      Temperatura \_\_\_\_\_

**Exames complementares**

Balanço [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Paciente, vítima de queda de moto  
Consciente, orientado, encaminhado  
ao EDI.

Dr. Janerlei F. N. Ferreira  
Especialista  
Cpf: 306248

Diagnóstico

Atendido por  
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

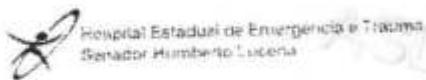
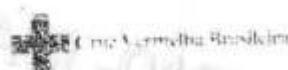
CID

Tempo

Coron. 1000

1000

PROTÓCOLO →  
AG. JOÃO PESSOA



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1035758

**Identificação do paciente**

ID 1076023	Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento: 10/01/1958	Idade 59 anos 9 meses 10 dias	Estado civil: CASADO(A)
Mãe MARIA DAS MESCES FERREIRA		Religião
Educande: FUNDAMENTAL INCOMPLETO		
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988000983	Pa. ANTONIO MIGUEL DA SILVA
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 477510	Responsável (Parentesco): EKKISON MIGUEL SSANTOS DA SILVA - FILHO(A)
Local de procedência: ALTIPLANO		DDD Fixo: 00
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA	Fone Fixo: 00000000
		Nº CIE: 705009255831157
		Tipo: BAIRRO
		UF: PB
		CBOF: Comerciante atacadista

**Endereço**

CEP 58046280	Município de residência: JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro: HENRIQUE SALES MONTEIRO
Número 38	Complemento		Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO

**Admissão**

Data e Hora 20/10/2017 23:17:01	Número da pulseira <b>100005993139</b>	Convênio: SUS
------------------------------------	---	------------------

Especialidade:  
**CIRURGIA GERAL**

Clínica

Origem do paciente:  
**RUA**

Classificação de risco

Detalhe do acidente:  
**QUEDA / OUTROS**

Caráter de atendimento

Motivo do atendimento:  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA****Indicadores e Transporte**

Caso policial: Não	Piano de saúde: Não	Vôo de ambulância: Não	Trauma: Não
Meio de transporte: SAMU		Quem transportou:	

**Sinais Vitais**

PA: \_\_\_\_\_ mmHg      Pulso:      Temperatura: \_\_\_\_\_

**Exames complementares**

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia [1]

Dados clínicos

Paciente vítima de queda de moto  
Consciente, orientado, encaminha-  
do ao CTI

Dr. Intermediário F. N. Arruda  
Enfermeira  
Cadastrado: 306-48

Diagnóstico:  
Atendido por:  
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

Tempo:  
00 min 10 s  
10 ABR 2018

**PROTÓCOLO \***  
**A.G. JOÃO PESSOA**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

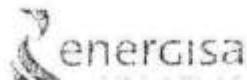
CONTA: 00000086750-7

---

Nr. da Autenticação 6EE8BF5E82012509

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Quando é feita a leitura do medidor  
Data da leitura: 27/03/2018  
Número da leitura: N.º 004.186.359



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cratozé Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58031-600  
CNPJ 09.395.162 / 0021-49 - Insc. Est./ 16.019.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO  
RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO 38  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/220763-7

### REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2018

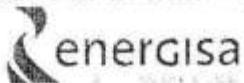
27/03/2018

0

04/04/2018

R\$ 24,54

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO

Roteiro: 16-006-330-1080

83620000000-5 24540149000-9 02207632018-7 03100006019-9

### VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

04/04/2018

R\$ 24,54

220763-2018-03-1



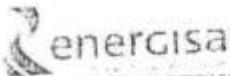
13 ABR. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento  
desenvolvido para o consumo de energia  
eletrodomésticos.

Nº 004.186.253



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230, Km 25 - Crato Redentor - JOÃO PESSOA/PB - CEP 58171-000  
CNPJ 02.955.167/0001-40 - Fone/Fax: (83) 3232-8230

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/220763-7

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

DADOS DO CLIENTE

JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO  
RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO 38  
JOÃO PESSOA

REFERÊNCIA

MAR/2018

APRESENTAÇÃO

27/03/2018

CONSUMO

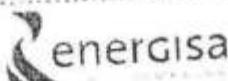
0

VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JOANA DARC DE OLIVEIRA PAULO

Roteiro: 16-006-330-1080

53620000000-5 24540149000-9 02207632018-7 03100006019-9



VENCIMENTO

04/04/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 24,54

MATRÍCULA

220763-2018-03-1

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:42:10

13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e Data

Assinatura do Declarante

13 ABR. 2018  
PROTOCOLO •  
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão Integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LEONARDO LUIZ DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424814 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLIVALDO MIGUEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 2255575741 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVACI002 da Vítima CLIVALDO MIGUEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 2255575741 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Av. Getúlio Vargas, 359</u>	Número	<u>359</u>	Complemento	<u>C 10</u>
Bairro	<u>Santim das Aracás</u>	Cidade	<u>São João Pessoa</u>	Estado	<u>Paraíba</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>83 986618863</u>	Telefone celular (DDD)	

São João Pessoa, 01 de Abril de 2018 COMPREV SECURIS E REVIDEN

Local e Data

12 ABR. 2018

Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CLÉONORO LUIZ DA SILVA COSTA inscrito (a) no CPF/CNPJ 050424314-122, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLÉONORO LUIZ DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 225557574-49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLÉONORO MIGUEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 225557574-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

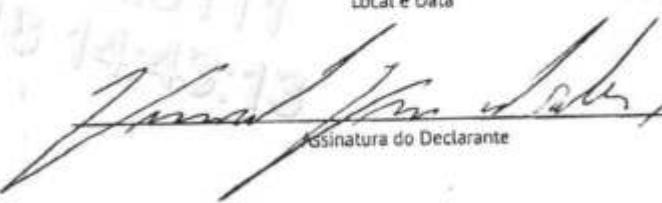
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Getúlio Vargas, 300 no número 201</u>	Número <u>359</u>	Complemento <u>CAO</u>
Bairro <u>Santo Amaro</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>Pernambuco</u>
Email <u>clenorosilva@bol.com.br</u>	Telefone comercial (DDD) <u>83 386619863</u>	Telefone celular (DDD)

Boa Vista de abril de 2018

Local e Data

13 ABR. 2018

  
Assinatura do Declarante

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ELINALDO MIGUEL DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 10/01/58

NOME DA MÃE MARIA DAS MESCÉS FERREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1035758

DATA DO ATENDIMENTO 20/10/17

HORA DO ATENDIMENTO 23:17

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

CID 10 S62

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, letárgico eupneico falando com dificuldade.apresenta ferimento no labio e mucosa da boca, contusão no punho dir.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho direito

TC punho direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de rádio distal

TC: fratura de rádio distal com extensão articular

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos da boca. Imobilização do punho direito. Encaminhado ao hospital Ortotrauma de Mangabeira. Medicado

ALTA HOSPITALAR: 21/10/17

DATA DA EMISSÃO: 09/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

ADR. 27/13  
**PROTOCOLO \***  
**AG. JOÃO PESSOA**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente: <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>5423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 00:07:45</b>	
Convênio <b>S</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE.  
AO EXAME FISICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

- 01 ANAMNESE
- 02 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 03 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 04 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

### Conduta

Em observação

*Gabriel Freire da Silva Filho*  
Gabriel Freire da Silva Filho  
Dentista  
CRM-PB 5423  
GABRIEL CRONÉ DA SILVA FILHO  
(5423/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR, 2013

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:37:08</b>	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

paciente vítima de acidente com dor no punho , possivel fratura . peço radiografia sem tala .

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM TALA)

### Conduta

Em observação



ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA  
(6207/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2013

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa	
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:48:49</b>		
Convênio <b>S</b>	Nº Matrícula		Senha	

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE.

AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA, SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:

01 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM

02 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL

03 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

04 REAVALIAÇÃO PELA BMF APOS TC DE FACE

**Conduta**

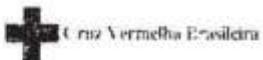
Em observação

ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



### HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Saída
Data de nascimento: 10/01/1958	Idade: 59	Sexo: Masculino	CNS 705009255831157
<b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:57:07	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Serña

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS. ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM CULDADE.

EXAME FISICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA, SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE E MANDIBULA, SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

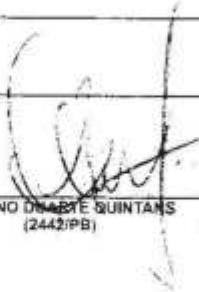
CD:

01 ALTA DA BMF APOS SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL

02 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação



ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2013

PROTÓCOLO \*  
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA1035758  
**Guia de Encaminhamento Externo****Dados do paciente**

Nome ELINALDO MIGUEL DA SILVA						CNS 705009255831157	Prontuário
Data de Nascimento 10/01/1958	Idade 59A 9M 11D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA DAS MESCES FERREIRA				Nome da Pai ANTONIO MIGUEL DA SILVA			
Endereço HENRIQUE SALES MONTEIRO				Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO			Cep 58046260
Município JOÃO PESSOA - PB				Telefone Residencial ( 83 ) 988569543		Telefone Celular ( 83 ) 988000963	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA				CNES 2593262		Telefone ( 83 ) 32165700	

**Dados da unidade de atenção primária**

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIA TRAÇO ARTICULAR DE FRATURA DE RADIO DISTAL		

CID S52.6	Data de encaminhamento 21/10/2017 08:19:52	<i>Dr. Brício Kekone B. Góes Calves</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7654 TEOTI 15665
--------------	---	--

Assinatura e carimbo do profissional

13 ABR. 2019

PROTOCOLO \*  
AG. JOÃO PESSOA



## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa 2017-10-21 08:19:52,0
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988000963 / (83) 988569543
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>7654/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 08:19:52	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO

RELATA VOMITOS

COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D.

RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL.

TC DE PUNHO COM FRATURA DE RADIO DISTAL COM EXTENSÃO ARTICULAR.

CD:

#IMOBILIZAÇÃO

#ENCAMINHO AO ORTOGRAUMA DE MANGABEIRA

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cubito [ulna]

### Conduta

Alta com encaminhamento externo

### Alta Hospitalar

Usuário

**BRICIO KELTON  
BARBOSA  
GOLCALVES**

Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**

Observações

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIADA FRATURA DE RADIO DISTAL

10 ABR. 2013

PROTÓCOLO \*

Dr. Brício Kelson B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654  
TELEFONE 988569543

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES  
(7654/PB)



116 *Luiz Vermelho Brásileiro*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNFS:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>		BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157	Telefone de Contato (83) 988000963 / (83) 988569543
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>				Prontuario
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>		Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO</b>		Nº Cons. Regional <b>10062/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 07:35:58		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula			Senha

## Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto há 8 horas. Vítima de trauma em face e membro superior. No momento, paciente sem queixas, hemodinamicamente estável, nega dor, vômitos, náuseas.

Ao exame: Abdome indolor, plano, timpânico. MV + em AHT, sem RA.

#### **Paciente em observação pela BMF e Ortopedia.**

#### **Conduta: Alta da Cirurgia Geral**

## Conduta

### **Em observação**

Dr. Roberto Chaves L. da Carvalho Filho  
Médico  
CRM-PB 10062

**ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO  
(10062/PB)**

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

J. ASR. 2713

**PROTÓCOLO \***  
**AG. JOÃO PESSOA**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 04:04:16</b>	
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D: FRATURA DE RADIO DISTAL , RX INCONCLUSIVO PARA DETERMINAR TERAPEUTICA  
CD SOLICITO TC DE PUNHO D

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES

### Conduta

n observação

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR  
(6918/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA



Hospital da Restauração

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Name	Setor	Data de 10/01/1958	Idade 59	Sexo MASCULINO	Nº 1055758	Nº	Data Prescrição 20/10/2017 23:54:44
ELINALDO MIGUEL DA SILVA Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA				Posto de Trabalho	Leito		Prescrição válida a 20/10/2017 23:54:44

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	2.0	ML		ORAL			AGORA	
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000.0	ML		E.V		24H		

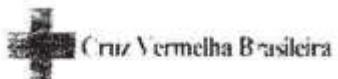
20 de Outubro de 2017

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
CRM: 2904

Assinatura e Carimbo do Profissional

20 de Outubro de 2017

13 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 705009255831157
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>2904/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>20/10/2017 23:54:44</b>	
Convenio <b>3</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS

CD:AVA, NCR + BMF + ORTOPEDIA  
SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO + RADIOGRAFIAS  
ANALGESIA

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, AGORA, 0,0 (MGTS)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

### CID10

Código	Descrição
S66.9	Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da mão

**Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?**

### Conduta

Em observação

Aristavora Fernandes  
Cirurgia Geral  
CRM 2904

13 ABR. 2018

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
(2904/PB)

PROTOCOLO •  
AG. JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: <b>20/10/17</b>	ID da Ocorrência: <b>185875</b>	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe:	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: <b>17:45 HS</b>	Hora de Chegada no Local: <b>20:21 HS</b>
-----------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------	---	---	--

Paciente / Usuário: <b>EDILSON JESUS SOARES</b>	Idade: <b>59</b>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
--	------------------	--	-----------

Local da Ocorrência: <b>João Pessoa</b>	<input type="checkbox"/> Santa Rita	<input type="checkbox"/> Bayeux	<input type="checkbox"/> Cabedelo	<input type="checkbox"/> Conde	<input type="checkbox"/> Outro:
---	-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Lugradouro: <b>RUA DIO</b>	Bairro: <b>JOAOPOLIS</b>	Médico Regulado: <b>DR KELIO</b>
----------------------------	--------------------------	----------------------------------

Quantidade de vítima(s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de três.  
Apóio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PM  Resgate PRF  BPTRAN  Outro:

QTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  Outro:

DESTINO DO PACIENTE:  Atendido no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o atendimento

**HEETSHL**

Hospital de Trauma

**HEETSHL**

Hospital de Trauma

Médico Receptor \_\_\_\_\_

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

→ CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:

> CAUSAS EXTERNAS	<input type="checkbox"/> Responsável:
-------------------	---------------------------------------

- Acidente de Trânsito:
  - Colisão carro x moto
  - Queda de moto
  - Atropelamento por:
  - Colisão carro x carro
  - Capotamento
  - Outro: \_\_\_\_\_
- F.A.F.
- F.A.B.
- Agressão Física
- Afogamento
- Queda - Altura aproximada: \_\_\_\_\_
- Soterramento / Desabamento
- Choque Elétrico
- Outro: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Responsável:
---------------------------------------

Hospital de Destino:
----------------------

<input type="checkbox"/> Responsável:
---------------------------------------

ANTECEDENTES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS                      | <input type="checkbox"/> Doença Mental                   |
| <input type="checkbox"/> Alcoolismo                | <input type="checkbox"/> Doença Renal                    |
| <input type="checkbox"/> AVC                       | <input type="checkbox"/> Drogas                          |
| <input type="checkbox"/> Convulsões                | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores        |
| <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca           | <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios         |
| <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa | <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo    |

Quais? **NECA**

1. DADOS VITAIS: **10180 FC: 71 FR: 15 HGT: 132 SpO2 - S/O2: 95% SpO2 - C/O2: 98%**

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

**paciente sem dor, crônica, PI desorientado leste, DPOC contínua em episódios (rara). NCGC lombalgia, DPOC crônica, PRV/CBV, PI desorientado. Sintomas: tontura + fadiga de 5, 70%.**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: **ESTERILIZANTE ja deixa DIFICIL**

Intervenções: **EVJ + ESTERILIZANTE + PCL TRAUMA**

Evolução do Enfermeiro:

**paciente evolução EGR, consciente, orientado, mero-  
monossilábico, sintomas PI crônico contínuo, PI desorientado.**

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

**13 ABR. 2018**

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**ENTREGUE NO KED**  
**- JUGADA**

**2 - VIA AÉREA:**

Livre  Obstruída parcialmente  Obstruída totalmente  Corpo estranho  Edema de gote  Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

Espontânea  Assistida  Ritmo irregular  Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**

Normal  Superficial  Regular  Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

Crepitação  Hemoptise  Expectorção  Enfisema subcutâneo  Hálito Etílico

**3 - CIRCULAÇÃO:**

Fria  Úmida  Palidez  Quente  Seca  Normal

**3.1 - EDEMAS:**

Não  Sim - Local:

*África S.N.F.*

**3.2 - PERFUSÃO:**

Normal  Retardada (<2seg)  Ausente

**3.3 - PULSO:**

Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

**3.4 - E.C.G.**

Normal  Alterado  Não realizado

**4 - EXAME NEUROLOGICO:**

ECGL

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

Abortamento  Hemorragia vaginal  Trabalho de parto  Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado:  Decúbito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Deambulando  outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência:  Consciente  Orientado  Inconsciente  Algo Desorientado  Desorientado  Sonolento  Agitado

**PROCEDIMENTOS**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bomba de infusão       | <input type="checkbox"/> DEA                                    | <input type="checkbox"/> KED Adulto                | <input type="checkbox"/> Sonda vesical                             |
| <input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea     | <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas               | <input type="checkbox"/> KED Infantil              | <input type="checkbox"/> Sedação                                   |
| <input type="checkbox"/> Colar cervical         | <input type="checkbox"/> Drenagem torácica                      | <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa | <input type="checkbox"/> Talas / Tração                            |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão           | <input type="checkbox"/> Orotраqueal               | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia     | <input type="checkbox"/> Entubação Orotраqueal                  | <input type="checkbox"/> Prancha Longa             | <input type="checkbox"/> VMI                                       |
| <input type="checkbox"/> Curativo               | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O <sub>2</sub> ) | <input type="checkbox"/> Puncão venosa             | <input type="checkbox"/> VMNI                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Imobilização de membros                | <input type="checkbox"/> Sonda gástrica            | <input type="checkbox"/> Outros:                                   |

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**


---



---



---



---

**PERTECES DA VITIMA**

Não

Sim

Objetos:

---



---



---



---

Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do recbedor

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** \_\_\_\_\_ **MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

**TEC. ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **COREN:** \_\_\_\_\_

**ENFERMEIRO(A):** \_\_\_\_\_ **COREN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO(A):** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

*16 ABR. 2013*

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

**NOME:** \_\_\_\_\_

**RG / CPF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA (RUBRICA):** \_\_\_\_\_

**Observação:** \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHA:** \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHA:** \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO** >  
**AG. JOÃO PESSOA**



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

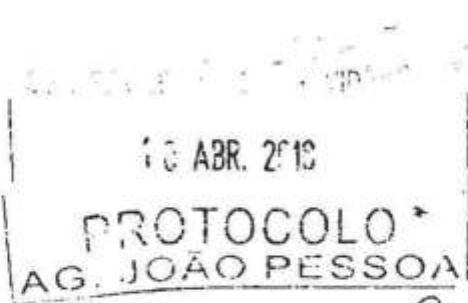
Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



Atendimento: 000000860562

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.

Septo nasal sem desvios expressivos.

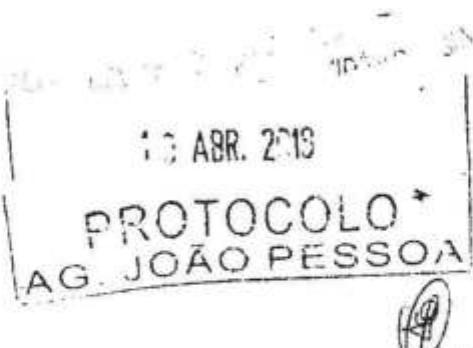
Estruturas ósseas conservadas.

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas pterigopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.*

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

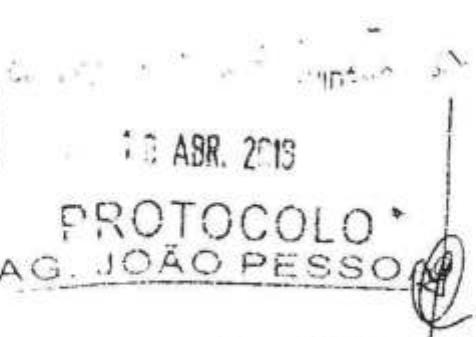
Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular radiocarpal.

Densificação (edema) de partes moles perarticulares .

Densificação (edema) da tela subcutânea .

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38.

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



## CERTIDÃO

Nº. 1758/2017

Atendendo solicitação de ELINALDO MIGUEL DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 71107 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 21/10/2017 às 15H39min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal direito. Realizado imobilização e medicação e liberado.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de dezembro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE S/N ,  
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 71107 Atd: Nao Regul.  
Data: 21/10/2017  
Hora: 15:39:16  
Recepção: ANA CLAUDIA XAVIER SI  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Num. Prontuário: 2017.10.003116

CNS: 705009255831157 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988569543

Natural: JOÃO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/01/1958 Id: 59 ano(s)

End.: RUA HENRIQUE SALES MONTEIRO, 8

Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO Cidade: JOÃO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS MESCES FERREIRA Pai: ANTONIO MIGUEL DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

INFORMACOES DE ENTRADA

Ecolaridade:

Resp.: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988569543 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 22HRS ONTEM A NOITE NA PB 0008

Vitima de violência por: CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

**FATURADO**

- [ ] Adequadamente Bem [ ] Grave  
[ ] Agonizante [ ] Convulsao  
[ ] Auto-traumatizado [ ] Hemorragia [ ] Displenia  
[ ] Diarreia [ ] Regular [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Vomito [ ] Chocado  
[ ] Observacao

Queixa Principal

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITA (SIC)

*Fratura de rádio distal ① da estola de  
rádio ① com dor.*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Rx punho ① AP, perfil e oblíquo*

Diagnóstico

*Fratura de rádio  
distal ① com dor.*

Conduta

*tele exato-painel*

Prescrição

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Horário da medicinação

*Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
Ortopedista & Traumatologista  
Maior PB 4647 TEUT 8331*

*Retorno em 10 dias p/ reavaliação.*





Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.

Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares conservados.

Pequeno derrame articular radiocarpal.

Densificação (edema) de partes moles periarticulares .

Densificação (edema) da tela subcutânea .

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38 .

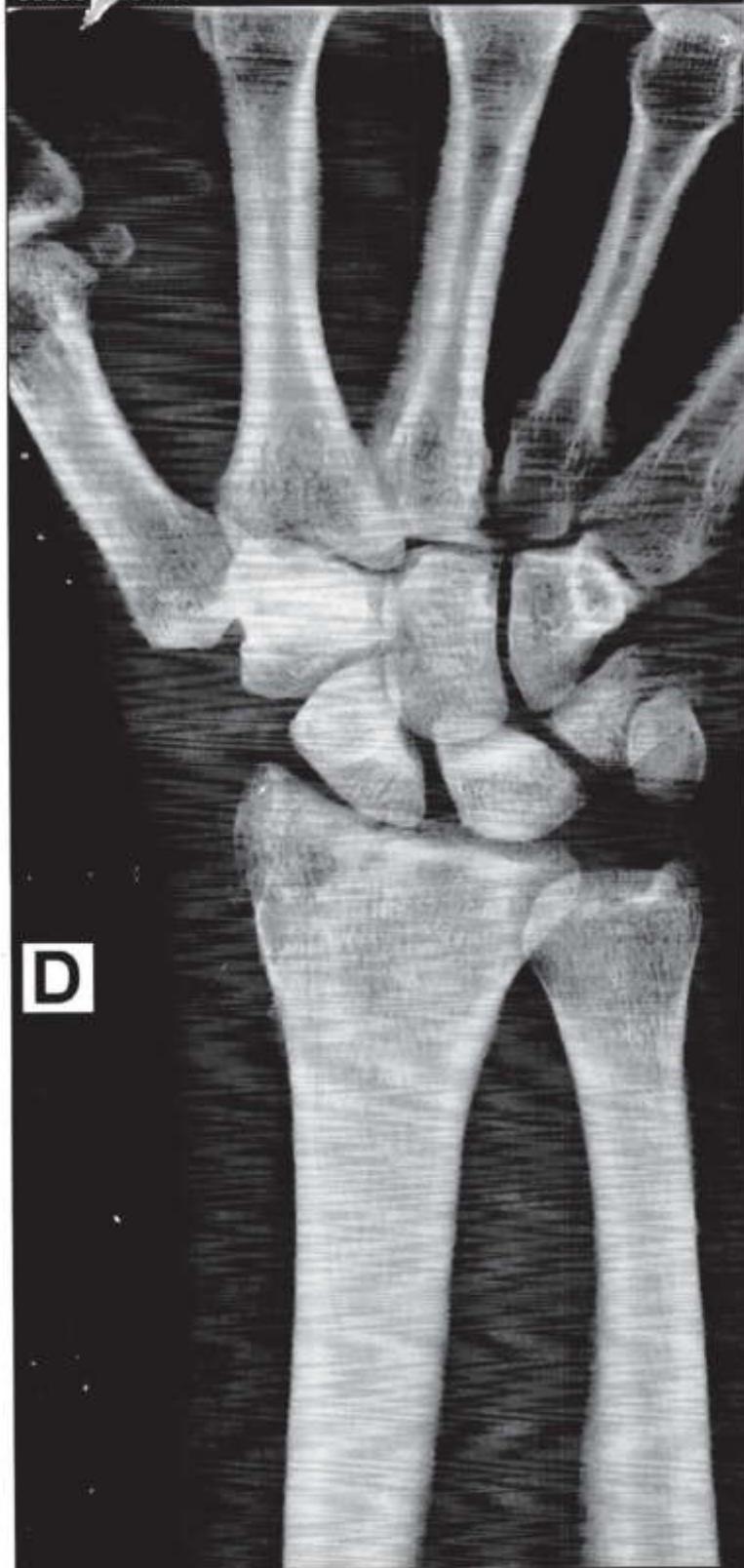
Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839



000000043476

000000043476

D



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

17 MAIO 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA ID: 000000043476  
21.10.2017 IDADE: 59 SEXO: M  
TECNICO: Hora: 03:18:10





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ELINALDO MIGUEL DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	10/01/58
NOME DA MÃE	MARIA DAS MESCÉS FERREIRA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1035758
DATA DO ATENDIMENTO	20/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	23:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
CID 10	S62

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, letárgico eupneico falando com dificuldade apresenta ferimento no labio e mucosa da boca, contusão no punho dir.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX punho direito  
TC punho direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de rádio distal  
TC: fratura de rádio distal com extensão articular

### TRATAMENTO:

Sutura dos ferimentos da boca. Imobilização do punho direito. Encaminhado ao hospital Ortotrauma de Mangabeira Medicado

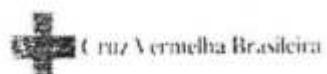
ALTA HOSPITALAR: 21/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 09/03/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Saída
Data de nascimento 10/01/1958	idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255831157
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>5423/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 00:07:45	
Convênio <b>S</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE.  
AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA. SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

GD:  
 01 ANAMNESE  
 02 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM  
 03 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL  
 04 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

### Conduta

Em observação

*Gabriel Freire da Silva Filho  
Dentista  
CR 5423*  
**GABRIEL FREIRE DA SILVA FILHO**  
(5423/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	CNS 705009255831157	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>6207/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:37:08	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

paciente vítima de acidente com dor no punho , possivel fratura . peço radiografia sem tala

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM TALA)

### Conduta

Em observação

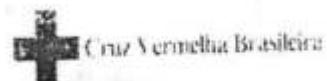
ANDRE LUIS LOPEZ GOMES SIQUEIRA  
6207/PB

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2018

ASL-0125491718  
marcela.lima.0711  
17/05/2018 14:37:17  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Saída	
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>705009255831157</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (00) 00000000</b>
Mãe <b>MARIA DAS MÉSCES FERREIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 01:48:49</b>		
Convênio <b>3</b>	1º Matrícula	Senha		

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS, ENCONTRANDO-SE LETÁRGICO, EUPNEICO, FALA COM DIFICULDADE. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LÁBIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA, SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE, IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR EXAME MANDIBULAR (USO DE COLAR CERVICAL), SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

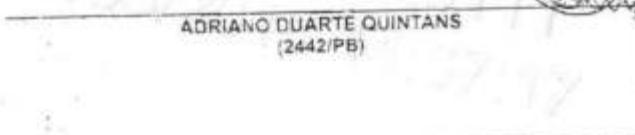
CD:

- 01 SOLICITAÇÃO DE EXAME POR IMAGEM
- 02 SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL
- 03 SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES
- 04 REAVALIAÇÃO PELA BMF APOS TC DE FACE

### Conduta

Em observação

  
ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB. 58031090  
 Tel: 32165700  
 CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1036758	Data/Hora Entrada: 20/10/2017 23:17:01	Data Saída
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009256831157
Paciente <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADRIANO DUARTE QUINTANS</b>	Nº Cons. Regional <b>2442/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 01:57:07	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ APROXIMADAMENTE 2 HORAS. ENCONTRANDO-SE LETARGICO, EUPNEICO, FALA COM CUIDADE. EXAME FÍSICO OBSERVA-SE FCC EM LABIO E MUCOSA VESTIBULAR INFERIOR ESQUERDA, SEM SINAIS APARENTESES DE FRATURA NO TERÇO MÉDIO DE FACE E MANDÍBULA. SEGUO EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO AVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

CD:  
 01 ALTA DA BMF APOS SUTURA DO FCC LABIAL E DA MUCOSA ORAL  
 02 SEGUO EM OBSERVAÇÃO E AGUARDANDO REAVALIAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

**Conduta**

Em observação

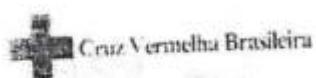
ADRIANO DUARTE QUINTANS  
(2442/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>							CNS 705009255831157	Prontuário
Data de Nascimento 10/01/1958	Idade 59A 9M 11D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura	
Nome da Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>				Nome do Pai <b>ANTONIO MIGUEL DA SILVA</b>				
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO</b>				Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>				
Município <b>JOAO PESSOA - PB</b>				Telefone Residencial ( 83 ) 988569543		Telefone Celular ( 83 ) 988000963		
Unidade de saúde solicitante <b>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA</b>				CNES 2593262		Telefone ( 83 ) 32165700		

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária <b>COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY</b>	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento <b>ALTA MÉDICA</b>		

### Resultado de exames complementares

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D.  
RX DE PUNHO D: FRATURA DE RÁDIO DISTAL  
TC DE PUNHO EVIDENCIA TRACO ARTICULAR DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL

CID SS2.6	Data de encaminhamento 21/10/2017 08:19:52
--------------	---

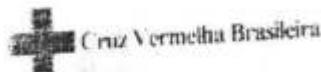
Dr. Brício Kallon B. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7654  
TEOT 15665

Assinatura e carimbo do profissional

13 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE <b>1035758</b>	Data/Hora Entrada <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data Baixa <b>2017-10-21 08:19:52,0</b>
Data de nascimento <b>10/01/1958</b>	Idade <b>59</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 988000963 / (83) 988569543</b>
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>		CNS <b>705009255831157</b>	Prontuario
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES</b>	Nº Cons. Regional <b>7654/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>20/10/2017 23:17:01</b>	Data/Hora Prescrição <b>21/10/2017 08:19:52</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL  
TC DE PUNHO COM FRATURA DE RADIO DISTAL COM EXTENSÃO ARTICULAR.

CD:  
#IMOBILIZAÇÃO  
#ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

### CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do úlna [ulna]

### Conduta

Alta com encaminhamento externo

### Alta Hospitalar

Usuário  
**BRICIO KELTON  
BARBOSA  
GOLCALVES** Data e Hora  
**21/10/2017 08:19:52**

Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA** Observações  
**VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO RELATA VOMITOS, COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL TC DE PUNHO EVIDENCIADA**

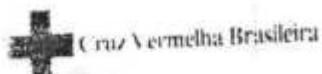
**13 ABR. 2013**

### PROTÓCOLO

*Dr. Bricio Kelton B. Barbosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPB 7654  
TELEFONE 1665*

**BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES**  
(7654/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

A  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988000963 / (83) 988569543
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>		CNS 705009255831157	Prontuario
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO,</b> 38	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>10062/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 07:35:58	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto há 8 horas. Vítima de trauma em face e membro superior. No momento, paciente sem queixas, hemodinamicamente estável, nega dor, vômitos, náuseas. Ao exame: Abdome indolor, plano, timpânico. MV + em AHT, sem RA. Paciente em observação pela BMF e Ortopedia. Conduta: Alta da Cirurgia Geral

### Conduta

Em observação

Dr. Roberto Chianca T. de Carvalho Filho  
Médico  
CRM-PB 10062

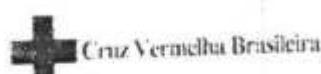
ROBERTO CHIANCA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO  
(10062/PB)

ELINALDO MIGUEL DA SILVA

10 ABR. 2013

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988000963 / (00) 00000000
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			Prontuário
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>6918/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 21/10/2017 04:04:16	
Convênio <b>IS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS  
COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO D  
RX DE PUNHO D : FRATURA DE RADIO DISTAL , RX INCONCLUSIVO PARA DETERMINAR TERAPEUTICA  
CD SOLICITO TC DE PUNHO D

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES

### Conduta

in observação

  
**LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR**  
(6918/PB)

**ELINALDO MIGUEL DA SILVA**

11 ABR. 2018

**PROTÓCOLO**  
**C. JOÃO PESSOA**





Hospital da Emergência do Vale  
Sexta-feira Santa



Av. Antônio da Cunha Machado, 1200  
14030-000 - João Pessoa - PB

GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, SIN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição MÉDICA

PREScrição MÉDICA					
Name	Date de 10/01/1958	Idade 59	Sexo MASCULINO	Nº 1035758	Nº
ELINALDO MIGUEL DA SILVA Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 20/10/2017 23:54:44	Data Prescrição 20/10/2017 23:54:44

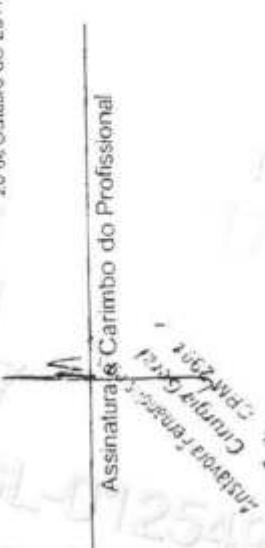
MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Name do medicamento	Dose	U.M.	Vl	Via de	Veloc. Inf.	Patologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	2.0	ML		ORAL		AGORA		
2 SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		EV		24H		

20 de Outubro de 2017

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
CRM: 2904

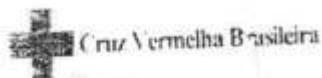
Assinatura & Carimbo do Profissional



10 ABR. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>ELINALDO MIGUEL DA SILVA</b>	BAE 1035758	Data/Hora Entrada: 20/10/2017 23:17:01	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1958	Idade 59	Sexo Masculino	CNS 705009255631157
Mãe <b>MARIA DAS MESCES FERREIRA</b>			
Endereço <b>HENRIQUE SALES MONTEIRO, 38</b>	Bairro <b>ALTIPLANO CABO BRANCO</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>2904/PB</b>
Data/Hora Classificação 20/10/2017 23:17:01		Data/Hora Prescrição 20/10/2017 23:54:44	
Convênio 3	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
TRAUMA DE FACE E MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
RELATA VOMITOS

CD:AVA, NCR + BMF + ORTOPEDIA  
SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRANIO + RADIOGRAFIAS  
ANALGESIA

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 2,0 ML VIA ORAL, AGORA, 0,0 (MGTS)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

### CID10

Código	Descrição
S66.9	Traumatismo de músculo e tendão não especificado ao nível do punho e da mão.

Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação

Aristavora Fernandes  
Cirurgia Geral  
CRM 211

13 ABR. 2018

ARISTAVORA FERNANDES DA SILVA  
(2904/PB)

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA






 SAMU  
 192  
 REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



## FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA DE ATENDIMENTO						
Data	ID de Ocorrência	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: Ano: <u>2017</u> Mês: <u>01</u> Hs: <u>00</u>	Hora de Chegada no Local: Ano: <u>2017</u> Mês: <u>01</u> Hs: <u>00</u>
Paciente / Usuário				Idade: <u>53</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:				Bairro:	Médico Regulador: <u>201700</u>	
Logradouro: <u>Rua 1000</u>						
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
GTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<b>HEETSHL</b> Hospital de Trauma Médico Receptor _____	<b>HEETSHL</b> Hospital de Trauma Médico Receptor _____			X		
Destino (Unidade Hospitalar)						
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)						

## NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem: _____
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>	Responsável: _____
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Choque de moto</li> <li><input type="checkbox"/> Atropelamento por: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro</li> <li><input type="checkbox"/> Capotamento</li> <li><input type="checkbox"/> Outro: _____</li> </ul> </li> </ul>	Hospital de Destino: _____
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> F.A.R.</li> <li><input type="checkbox"/> F.A.B.</li> <li><input type="checkbox"/> Agressão Física</li> <li><input type="checkbox"/> Afogamento</li> <li><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento</li> <li><input type="checkbox"/> Choque Elétrico</li> <li><input type="checkbox"/> Outro: _____</li> </ul>	Responsável: _____
<b>ANTECEDENTES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> AIDS</li> <li><input type="checkbox"/> Alcoolismo</li> <li><input type="checkbox"/> AVC</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsões</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</li> <li><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Doença Mental</li> <li><input type="checkbox"/> Doença Renal</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Drogas</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo</li> </ul>	
Quais? _____	

1. DADOS VITais FC: 71 FR: 15 HGT: 132 SpO2 - S/O2: 95% SpO2 - C/O2: 99

ANALISE (AUTOMAR - QUERIMOS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TECNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Leveente sintomas, gástricos, P/ desordenações de jejunismo e náuseas (tumulto). Necessidade constante de enxotar, perda de apetite, diminuição das funções de digestão.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:  
Intervenções:

#### **• Atuação do Entregador**

Evolução do Enfermeiro:  
- Juventude envolve ESR, consciente orientado, mapeamento, indicador e o auto-conhecimento, em seu processo de formação.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

13 ABR. 2012

visitar no KED S/ Pernambuco PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



2 - VIA AÉREA:  
 Livre  Obstruída parcialmente  Obstruída totalmente  Corpo estranho  Edema de glote  Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:  
 Espontânea  Assistida  Ritmo irregular  Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:  
 Normal  Superficial  Regular  Irregular

2.3 - ACHADOS:  
 Crepitação  Hemoptise  Expectorado  Enfisema subcutâneo  Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:  
 Fria  Umida  Palidez  Quente  Seca  Normal

3.1 - EDEMAS:  
 Não  Sim - Local: 1/4, 2/3 VF

3.2 - PERFUSÃO:  
 Normal  Retardada (<2seg)  Ausente

3.3 - PULSO:  
 Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

3.4 - E.C.G.  
 Normal  Alterado  Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO  
ECG:

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO  
 Abortamento  Hemorragia vaginal  Trabalho de parto  Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado:  Decúbito Dorsal  Lateral  Ventral  Sentado  Deambulando  outro: \_\_\_\_\_  
Nível de Consciência:  Consciente  Orientado  Inconsciente  Algo Desorientado  Desorientado  Sonolento  Agitado

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Oratraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Grotáqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longe	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENCES DA VÍTIMA

Não  
 Sim  
Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Cerimônia do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ N°V. P. \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -  Recusa Remoção  Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_ PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA (RUBRICA): \_\_\_\_\_ Observação: \_\_\_\_\_ AG. JOÃO PESSOA

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

13 ABR. 2013





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Idade: 59 anos

Data: 21/10/2017

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos epidemiológicos do(a) paciente.

ASL-0125491/18  
marcela.lima.0111  
17/05/2018 14:37:17  
13 ABR. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:03.

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839





## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860562

idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE

#### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

#### Análise:

Cavidades paranasais com configuração, contornos e aeração normais.

Septo nasal sem desvios expressivos.

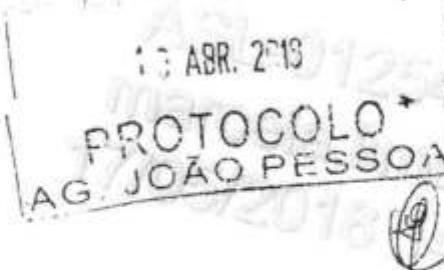
Estruturas ósseas conservadas.

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas pterigopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:05.

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000860739

Idade: 59 anos

Paciente: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

Data: 21/10/2017

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO DIREITO**

**Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

**Análise:**

Fratura cominutiva do rádio distal, com extensão para a superfície articular.  
Demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.  
Espaços articulares conservados.  
Pequeno derrame articular radiocarpal.  
Densificação (edema) de partes moles periarticulares .  
Densificação (edema) da tela subcutânea .

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

13 ABR. 2013

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Este laudo foi liberado em 21/10/2017 06:38

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5839

*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clinica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Elinaldo Miguel da Silva é portador do CID : S 62 apresentando dor crônica, acompanhado de edema em punho esquerda proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

13-06-2018



*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*

*Dr Anuar Murad Filho  
Médico  
C.R.M-PB:8.742*

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

818323404

NOME  
ELINALDO MIGUEL DA SILVA



Nº REGISTRO  
00525340527

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
477510 SSP PB

CPF  
225.557.574-49 DATA NASCIMENTO  
10/01/1958

FILIAÇÃO  
ANTONIO MIGUEL DA  
SILVA  
MARIA DAS MESCES  
FERREIRA

PERMISSÃO  
ACC CAT.HAB.  
AB

VALIDADE  
20/08/2018

1º HABILITAÇÃO  
10/08/1986

OBSERVAÇÕES

A ; / \

*Rodrigo Carvalho*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCA  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
20/08/2013

*Rodrigo Carvalho*

ASSINATURA DO EMISSOR

94445956014  
PB026971194

DETRAN-PB (PARAIBA)

818323404

PROTÓTIPO  
AN. JOÃO PESSOA

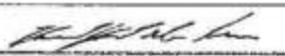


VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1631810501

NAME	LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA		
DOC IDENTIDADE / ORG ÓRGÃO EMISSOR	2634303	UF	PB
CPF	050.424.914-22	DATA NASCIMENTO 12/09/1984	
PAIS	BRASIL	MUNICÍPIO LUIZ ANTONIO COSTA	
MARCAÇÃO	MARIA DE FATIMA DA SILVA COSTA		
PERMITIDA	ACC	CATEGORIA	B
Nº REGISTRO	02684577050	VALIDADE	05/01/2023
1ª HABILITAÇÃO 06/01/2003			

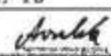
OBSERVAÇÕES



ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1631810501

IDC/I	JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO	08/01/2018
		71539210462	PB036039055
ASSINATURA DO EMISSOR			

PARAÍBA



13 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASIDE  
march  
17/05/2013 14:40:50

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

818323404

NOME — ELTINALDO MIGUEL DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF  
477510 SSP PB

CPF — 225.557.574-49 DATA NASCIMENTO  
10/01/1958

FILIAÇÃO —  
ANTONIO MIGUEL DA  
SILVA  
MARIA DAS MESCES  
FERREIRA

PERMISSÃO — ACC CAT.HAB.  
AB

VALIDADE — 20/08/2018 1º HABILITAÇÃO  
10/08/1986

Nº REGISTRO — 00525340527

OBSERVAÇÕES  
A i / 17/05/2013 14:40:50

*Eltonaldo miguel da silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

JOCH — JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
20/08/2013

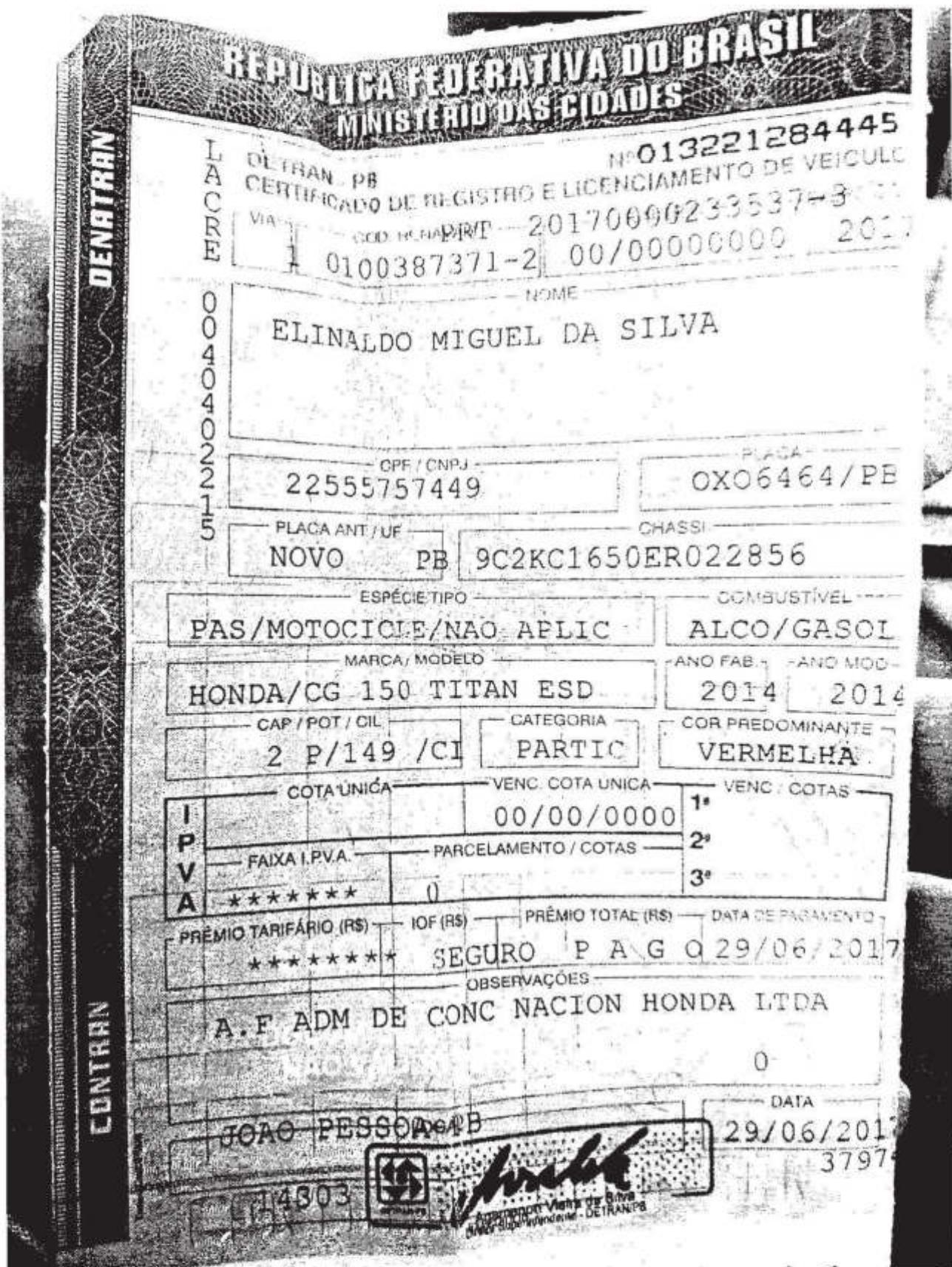
*Rodrigo Carvalho*  
ALIMENTAÇÃO DO EMISSOR  
94445956014  
PB026971194

818323404

ALVIA DE ITABAÍ - PB (PARAÍBA)

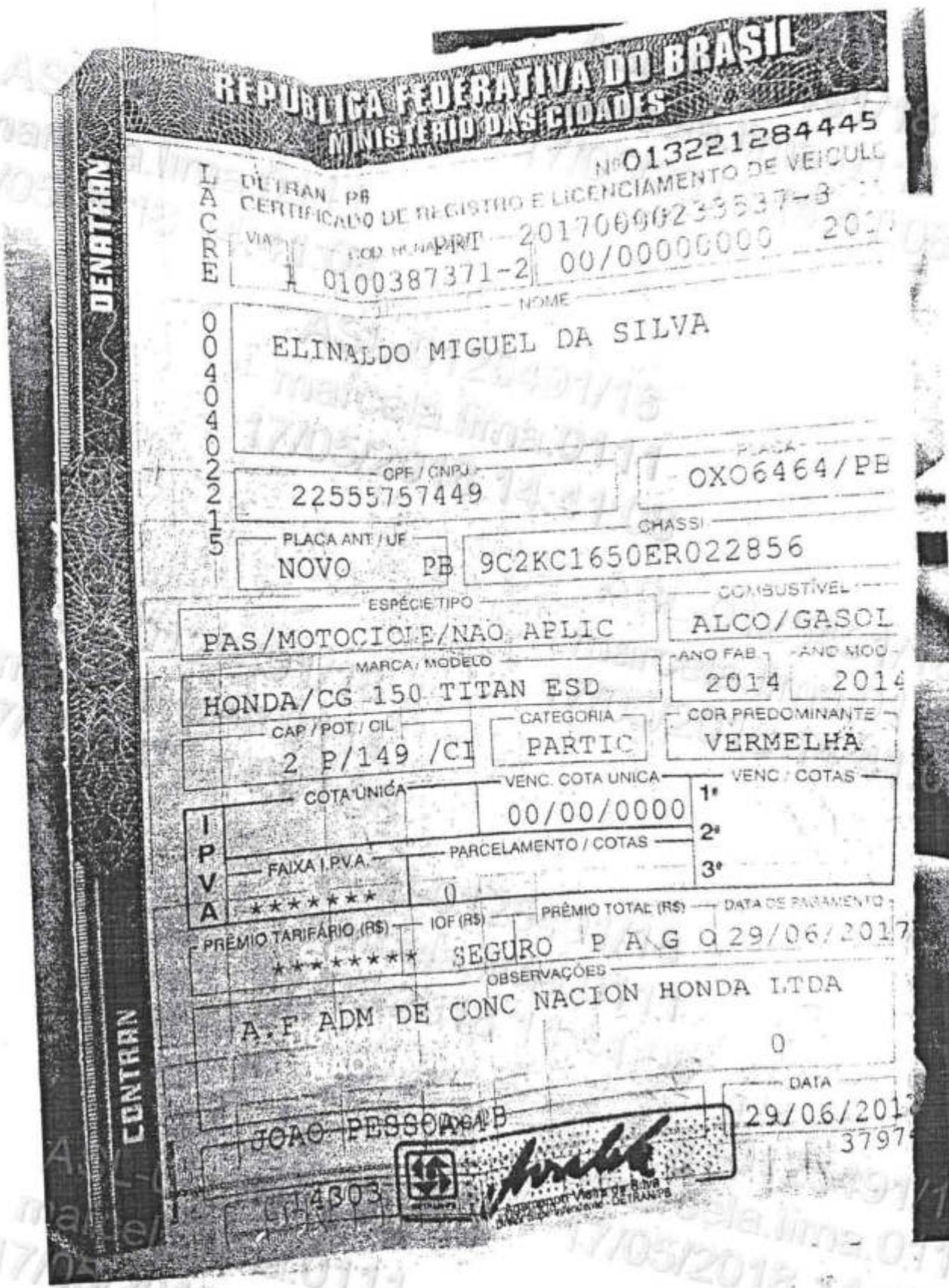


ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



APPENDIX

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180228539      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELINALDO MIGUEL DA SILVA      **Data do acidente:** 20/10/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DOR CRÔNICA, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO DO DR. ANUAR MURAD FILHO, CRM 8742 DE 13/06/2018

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178635/18  
Vítima: ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
CPF: 225.557.574-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/10/2017  
Titular do CPF: ELINALDO MIGUEL DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ELINALDO MIGUEL DA SILVA : 225.557.574-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
**LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA : 050.424.914-22**  
Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2018  
Nome: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA  
CPF/CNPJ: 050.424.914-22

LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180228539      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELINALDO MIGUEL DA SILVA      **Data do acidente:** 20/10/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

## PROCURAÇÃO

#### **OUTORGANTE:**

brasileiro(a), estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ , CI RG nº \_\_\_\_\_  
CPF/MF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à Rua  
\_\_\_\_\_  
Cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , CEP: \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_

OUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa. Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

,        de              de 20      .

15 ABR. 2013  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

ELIANO MIGUEL DA SILVA, brasileiro(a), estado civil VIUVO, profissão AVULVIA DE SERVICO, CI RG nº 477510, CPF/MF nº 225.557.574-49, residente e domiciliado(a) à Rua Rua Fluminense Sales Moura 38, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58046260, telefone 83886619863, 83-987511209.

OOUTORGADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o n.º 050.424.914-22 e RG sob o n.º 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Saô Pessoa, 05 de abril de 2018.

*Concordo em juntar a sua assinatura ao protocolo*  
*16 ABR. 2018*  
*PROTOCOLO*  
*JOÃO PESSOA*

ASL-012529718  
marcada 17/05/2018  
17/05/2018  
ASL-012529718  
ASL-012529718

PROCURAÇÃO

OUTORANTE:

ELINALDO MIGUEL DA SILVA  
brasileiro(a), estado civil VIVO, profissão  
AVULSA DE SERVIÇO, CI RG nº 477510  
CPF/MF nº 225.557.574-49, residente e domiciliado(a) à Rua  
Rua Flaminio Sales Moura 38  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58046260, telefone  
83886619863, 83-387511209.

OUTORADO: LEONARDO LUIS DA SILVA COSTA, CPF sob o nº 050.424.914-22 e RG sob o nº 2834303, com endereço cito a rua Desembargador Boto de Menezes 359 ca D, Jardim das Acáias, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 05 de abril de 2018.

16 ABR. 2018

PROTOCOLO  
S. JOÃO PESSOA